



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Odontología

Unidad de Posgrado

**Rehabilitación oral de alta complejidad del edéntulo
parcial con prótesis implantoportadas y restauraciones
protésicas fijas adhesivas mínimamente invasiva**

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Rehabilitación Oral

AUTOR

Sergio Halain ROCCA CAMUS

ASESOR

Nelly Angélica TANAKA TORRES

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rocca S. Rehabilitación oral de alta complejidad del edéntulo parcial con prótesis implantosoportadas y restauraciones protésicas fijas adhesivas mínimamente invasiva [Trabajo académico]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Unidad de Posgrado; 2020.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código ORCID del autor	"-----"
DNI o pasaporte del autor	70559491
Código ORCID del asesor	0000-0003-4742-4110
DNI o pasaporte del asesor	06278868
Grupo de investigación	ORALRES
Agencia financiadora	Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Clínica de Posgrado de Rehabilitación Oral. <i>Coordenadas geográficas: (12°03'30"S 77°05'00"O)</i>
Disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14



Facultad de Odontología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
UNIDAD DE POSGRADO



"Año de la universalización de la salud"

N° 008-FO-UPG-2020

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO MODALIDAD VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN REHABILITACIÓN ORAL**

Aprobado con RR N° 01357-R-20

En la ciudad de Lima, a los 19 días del mes de junio del año dos mil veinte, siendo las 18:00 horas, se reunieron los miembros del Jurado para llevar a cabo la sustentación del trabajo académico titulado: **"REHABILITACIÓN ORAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL EDÉNTULO PARCIAL CON PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADAS Y RESTAURACIONES PROTÉSICAS FIJAS ADHESIVAS MÍNIMAMENTE INVASIVA"**, presentado por el C.D. don **SERGIO HALAIN ROCCA CAMUS**, para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Rehabilitación Oral.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación:

Excelente	19	Diecinueve
_____ Escala	_____ Número	_____ Letras

A continuación, el Presidente del Jurado, en virtud de los resultados favorables, recomienda que la Facultad de Odontología proponga que la Universidad le otorgue al C.D. don **SERGIO HALAIN ROCCA CAMUS** el título de Segunda Especialidad Profesional en Rehabilitación Oral.

Se expide la presente acta en cuatro originales y siendo las 19:40 horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.

Mg. Carlos Alberto Arroyo Pérez
Presidente

C.D. Esp. Ketty Amelia Arquíñego Garay
Miembro

C.D. Esp. Armando Del Castillo Ayquipa
Miembro

C.D. Esp. Nelly Angélica Tanaka Torres
Miembro (Asesor)

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue dar a conocer la rehabilitación oral de una paciente con edentulismo parcial que presentaba implantes los cuales se encontraron colocados tridimensionalmente en una posición desfavorable, tanto en altura como inclinación, así mismo al examen clínico se observó desgaste de las piezas dentarias presentes, las cuales según la clasificación de Turner y Missirilian se encuentra en una categoría 1 lo que refiere desgaste con pérdida de dimensión vertical y por otro lado Vailati et al, en una clasificación ACE tipo 4 lo cual hace referencia a un desgaste con exposición de dentina a nivel palatino mayor a 2 milímetros, sin embargo conserva la parte vestibular.

La rehabilitación oral de los dientes con desgaste fue orientadas a devolver la estética y función usando técnicas menos invasivas y conservadores, donde se restablece la dimensión vertical. Por las condiciones clínicas con respecto a la mala posición y la marcada pérdida ósea vertical, se optó por realizar una prótesis dentogingival, buscando así mejorar la estética por lo cual se utilizó una estructura de zirconia para buscar el mimetismo con las prótesis fijas adhesivas.

En conclusión la realización de un diagnóstico, un planeamiento correcto, y respetando protocolos se puede rehabilitar satisfactoriamente casos con

implantes en posición inadecuadas y teniendo una filosofía conservadora se puede realizar una rehabilitación fija mínimamente invasiva.

Palabras Claves: Implante dental, dimensión vertical, restauración implanto soportada, interface adhesiva en dentina, carillas dentales.

ABSTRACT

The aim of this case report describes the oral rehabilitation of a patient with partial edentulism, who presented implants in an unfavorable position, such as height and inclination, likewise in the clinical examination was observed wear of the teeth, which according to the classification of Turner and Missirilian are in a category 1, which is associated with teeth wear and loss of vertical dimension. Also this classification according to Vailati was in ACE 4, which has as characteristic a wear with palatal exposure in dentin greater than 2 millimeters, however buccal structure of teeth was conserved.

On the other hand oral rehabilitation of tooth wear was oriented to restore aesthetics and function using less invasive and conservative techniques, where the vertical dimension is restored. Due to clinical conditions regarding poor position and vertical bone loss, it was decided to perform a dentogingival prosthesis, seeking to improve the aesthetics, for which it was decided to use a zirconia structure in order to improve the color tones in fixed adhesive prostheses.

In conclusions dentist with made a better diagnosis, a correct planning of treatment and accomplish a protocols, could be handle differents cases with implants in an inadequate position and this can be satisfactorily rehabilitated with a conservative philosophy and minimally invasive.

Key words: Dental implant, Vertical Dimension, Implant-supported restoration, adhesive/dentin interface, Dental Veneers.

Introducción.

Las rehabilitaciones Orales de alta complejidad son aquellas en la cuales el edentulismo se extiende en el área de 3 a mas piezas dentarias, con un compromiso de los aditamentos protésicos presentes, afectando 4 sextantes de la cavidad oral, y con un cambio de la dimensión vertical oclusal¹, por este motivo se requieren de un trabajo en equipo debido a la gran demanda de casos y es por eso que se necesita un amplio conocimiento en el campo y su manejo interdisciplinario.

En los últimos años los diferentes tipos de prótesis y/o restauraciones buscan no solo remplazar la pieza pérdidas, tejidos adacentes y preservar los tejidos remanentes, asimismo también mejorar la estética, ya que el aumento de la necesidad de naturalidad por parte del paciente va en aumento ^{2,3}.

En la actualidad los implantes dentarios desempeñan un papel muy importante en los pacientes desdentados⁴, de igual manera el éxito de estos depende de factores como el abordaje quirúrgico, tipo de prótesis y condiciones periodontales como el nivel soporte oseo^{5, 6,7,8,9}.

La falta de soporte óseo vertical y ausencia de tejido queratinizado, en el reborde edéntulo nos obliga a realizar procedimientos quirúrgicos para recuperar la ausencia de estos, mas aun cuando los implantes son colocados de manera inadecuada tridimensionalmente por falta de

planificación. Pero no siempre estos tratamientos pueden tener buenos resultados protésicos por este motivo se busca una rehabilitación que se pueda mimetizarse con los tejidos presentes, ya que el mayor reto es camuflar la falta de papilas en sonrisas medias y altas que se presenta un 80% de la población ².

Las prótesis dentogingivales mejoran la previsibilidad de las restauraciones en la estética rosa y blanca, reduce la necesidad de técnicas quirúrgicas complejas, mejorar el confort, sellado del aire durante el habla y hace posible disminuir el tiempo de la rehabilitación, pero esta prótesis requiere una educación adecuada de la higiene dental, mantenimiento a largo plazo y cuidados pertinentes. La selección del tipo de material es importante ya que para este tipo de tratamiento se debe tener en cuenta la estética y manejo del color ^{11,12,13,14,15}.

Para tener una adecuada planificación se debe primero probar una estructura provisional, la cual determina el diseño de la prótesis dentogingival esto vuelve más predecible el tratamiento para obtener el éxito. Los principales problemas que se pueden encontrar en este tipo de prótesis son¹⁶.

- La interface de la encía natural con la encía artificial es visible.
- La profundidad de los implantes evita la conformación del perfil de emergencia obligando a utilizar cantiléver o voladizos.

- La mala posición de los implantes evita realizar una prótesis atornillada por la salida de los emergentes.

Si seguimos con la odontología tradicional, los dientes presentes en boca recibirían una cobertura total como una corona, causando un desgaste excesivo para buscar el volumen adecuado, paralelismo y proporcionar el eje o trayectoria requerida por la corona¹⁷, por tal motivo la Odontología restaurado actual busca conservar los tejidos dentarios dando un nuevo concepto y metodología en la prótesis fija^{18,19}. La evaluación del desgaste dentario es fundamental para poder tener en cuenta como realizar un correcto diagnostico y tratamiento, según Turner y Missirilian calisificaron al desgaste severo en 3 tipos²⁰.

- Categoría I.- Desgaste excesivo, con pérdida de la dimensión vertical Oclusal.
- Categoría II.- Desgaste excesivo, sin perdida de dimensión vertical oclusal, pero con espacio protésico adecuado.
- Categoría II.- Desgaste excesivo, sin perdida de dimensión vertical oclusal, pero sin espacio protésico adecuado.

Vailati en búsqueda de una clasificación clínica que proporcionara alternativas de tratamiento en el sector anterior planteo el sistema ACE el cual tiene 6 clases¹⁷.

- ACE clase 1.- Reducción del cingulo si exposición de dentina, presencia de esmalte, pero amarillento por su delgadez, no requiere tratamiento, pero se sugiere medidas de precaución.
- ACE clase 2.- Exposición de dentina en el área palatina pero no hay daño en los bordes incisales. El tratamiento sugerido es inlays palatinas directas o indirectas.
- ACE clase 3.- Exposición de dentina por palatino, daño de la longitud del borde incisal (2mm). La terapia sugerida es carillas palatinas indirectas.
- ACE clase 4.- Exposición de dentina por palatino con una pérdida de longitud del borde incisal (>2mm) conservando esmalte vestibular. La terapia sugerida es carilla palatina y carilla vestibular (técnica Sandwich).
- ACE clase 5.- Exposición de dentina por palatino con una pérdida de longitud del borde incisal (>2mm) con pérdida de esmalte vestibular. La terapia sugerida es carilla palatina y carilla vestibular (técnica Sandwich) pero con pronóstico reservado.
- ACE clase 6.- Pérdida avanzada de la estructura dental que lleva a la necrosis pulpa. La terapia adhesiva todavía es experimental en estos casos.

Los tratamientos antes mencionados no serían posibles sin los diferentes sistemas adhesivos y materiales, que nos da la posibilidad de tener este nuevo enfoque, los principales mecanismos primarios de la adhesión son la superficie o sustrato, la micro retención, y la interacción química²¹.

El sustrato o superficie determina el protocolo adecuado a seguir ya que si nos encontramos en dentina al ser un tejido orgánico, con humedad requiere un material líquido que se pueda difundir uniformemente a través de una superficie sólida y que su tensión superficial debe ser menor que la del sustrato para poder penetrar entre los espacios, es por eso que se busca un adhesivo que pueda ser hidrófilo al principio y que se transforme en hidrófobo tras la polimerización, como son los sistemas etch & rinse o self etch. La micro retención puede ser lograda de dos maneras, de forma mecánica en una preparación de la cavidad o de forma química con el grabado ácido. El esmalte, sin duda requiere un grabado para brindarnos una unión duradera, donde se elimina cualquier interferencia, consiguiendo que el adhesivo pueda penetrar adecuadamente, en cambio en la dentina este grabado se ha convertido en el menos preferido ya que la desmineralización de 3 a 6mm y la exposición de la capa de colágeno no contribuye a la durabilidad de la unión micromecánica, pero si a mejora la unión química. En estos casos se prefieren utilizar monómeros ácidos como los adhesivos Self etch o multipropósito. Esto es importante ya que

conjunto con las técnicas actuales de cementación y el manejo adecuado de las cerámicas, nos permite recuperara las estructuras perdidas por desgaste y/o fracturas, evadiendo las técnicas convencionales con preparaciones excesivas y posibles endodoncias²¹.

Por tal motivo la importancia de este trabajo es dar a conocer un caso clínico de rehabilitación de alta complejidad en un paciente edéntulo parcial con implantes en posición inadecuada tridimensionalmente, utilizando una prótesis dentogingival, prótesis fija mínimamente invasiva y convencional.

INFORMACION DEL PACIENTE

Paciente A.P.P de 55 años de edad acude a la clínica de posgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con el motivo consulta “Quiero terminar mi tratamiento de unos implantes que ya colocaron y restaurar los dientes que tengo desgastados”.

HALLAZGOS CLINICOS

Historial médico.

No presenta alergias.

No presenta contraindicaciones para el tratamiento odontológico.

Diagnostico Presuntivo

Examen extraoral y facial. (Figura 1 A y B)

- Asimetría facial.
- Sonrisa (Alta).
- Asimetría del labio por pérdida de soporte alveolo dentario del lado izquierdo.
- Correderas bucales amplias.
- Alteración de la línea media.
- Alteración del plano oclusal.



Figura 1: A. Fotos extraoral B. Foto de análisis de la sonrisa

Examen de los trastornos temporo mandibulares.

- Dentro de los límites normales.
- Apertura bucal en 46 mm.
- No presenta historia de dolor orofacial o muscular.

Examen intraoral dental. (Figura 2 A y B).

- Desgaste dentario anterosuperior y antero inferior clase 4 de ACE producido por la perdida de soporte posterior.
- Ausencia de piezas 13, 16, 18, 22, 23, 24, 28, 35,36, 46.
- Presencia de poste metálico pieza 1.7.
- Desgaste coronario asociado a preparaciones para protesis fija en las piezas 1.7, 18, 26 y 2.7.
- Restauraciones de amalgama en mal estado en las piezas, 37, 45, 47, 48.
- Presencia de lesión cariosa en la pieza 15, presencia de diastemas antero inferior.
- Presencia de diastemas en los dientes anteroinferiores.

Examen intraoral periodontal. (Figura 2 A y B).

- Presencia de lesiones de la encía asociada a hábitos parafuncionales.
- Fistula a nivel de reborde edéntulo nivel del implante que están relación de la zona premolar del cuadrante 2.
- Moderada higiene dental (revisar).
- Presencia de defecto óseo horizontal y vertical.

- Presencia de enrojecimiento a nivel del sector anteroinferior.
- Ausencia de tejido queratinizado en el cuadrante 2.



Figura 2 A. Foto intraoral Oclusal superior B. Foto inferior

Examen Oclusal.

- Relación canina no registrable.
- Alteración del plano oclusal, por desgaste severo categoría I según Turner y Missinillan.
- Pérdida de dimensión vertical.
- Pérdida de soporte posterior.
- Espacio libre de 6 mm.
- 3 mm de sobrepase horizontal.
- 3 mm de sobrepase vertical.

Examen radiográfico.

- Neumatización alveolar de ambos senos maxilares.
- Reabsorción ósea alveolar moderada en sector posterior.

- Presencia de imagen radiopaco de densidad ósea localizada en el cuerpo mandibular derecha en zona alveolar de la pieza 46 compatible con osteoesclerosis.
- Piezas ausentes 18, 16, 13, 22, 23, 24, 25, 28, 38, 36, 46.
- Presencia de 5 implantes dentales en las zonas de las piezas 16, 22, 23, 24-25, osteointegrados sin presencia de defectos óseos, con inadecuado nivel óseo.
- Pieza 17, tallado protésico coronario con espigo muñón colado, obturación de conductos radiculares.
- Pieza 15, cavidad mesio-oclusal-distal, obliteración de la cámara pulpar.
- Pieza 14, restauración ocluso-mesial.
- Pieza 12 restauración proximal mesial y distal, obliteración de la cámara y conducto radicular.
- Pieza 11, restauración proximal distal, obliteración de cámara y conducto radicular.
- Pieza 21 cavidad proximal mesial, obliteración de cámara y conducto radicular.
- Pieza 26 restauración coronal, obturación de conductos radiculares.
- Pieza 27, restauración oclusal, pérdida de estructura dentaria ocluso-mesial, tartaro por distal
- Pieza 37, 47, en posición mesionangular con restauración oclusal.

Diagnóstico definitivo:

- Asimetría facial.
- Sonrisa (Alta).
- Asimetría del labio por pérdida de soporte alveolo dentario del lado izquierdo.

- Correderas bucales amplias.
- Alteración de la línea media.
- Alteración del plano oclusal.
- Desgaste dentario anterosuperior, con exposición de dentina por palatino que compromete el borde incisal.
- Desgaste dentario asociado a preparaciones para prótesis fijas en las piezas 17, 18, 26 y 27.
- Poste metálico de la pieza 17.
- Restauración de amalgama en mal estado en la pieza 37, 45, 47, 48.
- Presencia de lesiones de la encía asociado a hábitos parafuncionales.
- Fístula a nivel de reborde edéntulo nivel del implante que están relación de la zona premolar del cuadrante 2.
- Edéntulo parcial.
- Alteración del plano Oclusal por desgaste severo categoría I de Turner y Misshin.
- Pérdida de soporte posterior.
- Pérdida de DVO.
- Presencia de 5 implantes dentales en las zonas de las piezas 16, 22, 23, 24-25, osteointegrados sin presencia de defectos óseos.
- Ausencia de tejido queratinizado a nivel del reborde edéntulo del cuadrante 2.

TRATAMIENTO

Objetivo de tratamiento.

- Es establecer una rehabilitación oral del edéntulo parcial con implantes con prótesis dentogingival y prótesis fija adhesiva mínimamente invasiva para mejorar la estética, función y confort del paciente.

Fase 1: Terapia Inicial.

- Mejorar y promover la higiene oral en el paciente.
- Modelos de diagnóstico, análisis fotográfico y planificación.
- Interconsulta a periodoncia para injertos de tejido conectivo e epitelial y activación de cicatrízales.

Fase 2: Diseño de la sonrisa y provisionales.

- Mock- up y provisionales sobre implantes para evaluar la relación con los parámetros estéticos y funcionales.
- Aceptación del paciente.

Fase 3: Restauraciones definitivas

- Restauraciones con resina en el sector inferior.
- Coronas:

- implanto soportadas postero superiores y posteros inferiores de las piezas 16, 36.
- Coronas convencionales.
 - Coronas postero superiores de las piezas 17, 26
- Carillas palatinas de las piezas 11, 12, 21.
- Veneer lay o incrustación overlay en la pieza 14
- Prótesis dentogingival de los implantes de la zona 23-25.
- Carillas vestibulares de las piezas 11, 12, 21.
- Férula protección.

Línea de Tiempo



Agosto del 2017

Acude al servicio de Rehabilitación Oral de la facultad de odontología UNMSM. Exámenes

Complementarios:

- Fotografías.
- Modelos de estudio.
- Estudio de imágenes radiográficas.
- Montajes en ASA.

Setiembre del 2017



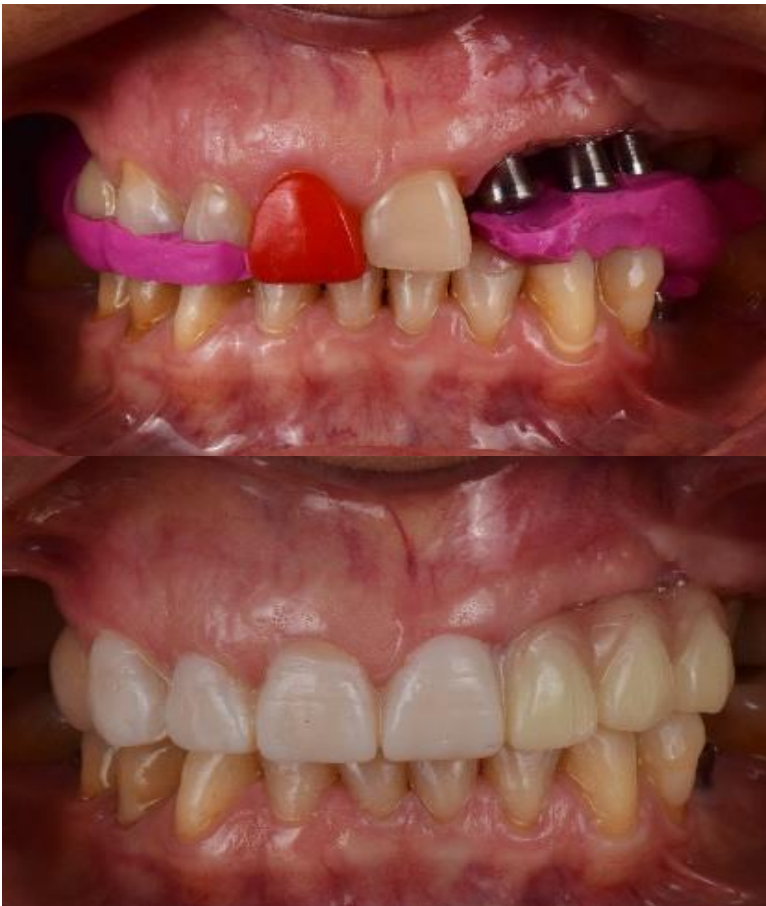
Diagnóstico: Disfunción Oclusal u Oclusión Patológica, asociado a perdida de dimensión vertical, ausencia de piezas dentarias y desgaste dentario.

- Plan de tratamiento.
- Fase de higiene.
- Activación de los implantes.
- Fase rehabilitadora.

Octubre del 2017

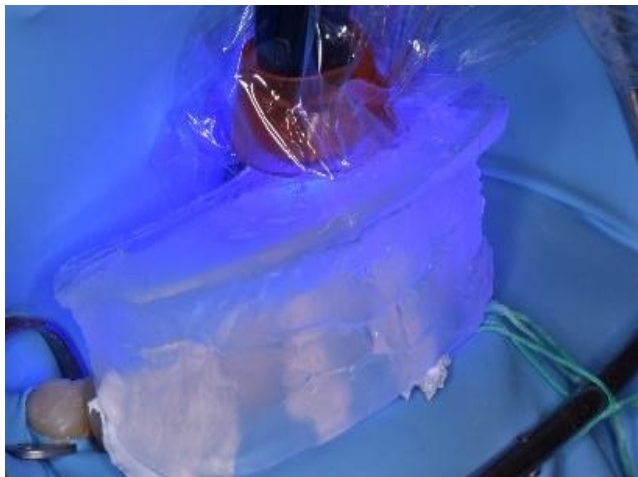


Injerto de tejido conectivo y epitelial.
Colocación de cicatrízales.



Marzo del 2018

Estabilización de la mordida con
Mock-up y provisionales de los



Abril del 2018

Fase rehabilitadora, restauraciones directas con resina antero y postero inferiores.



Agosto del 2018

Fase rehabilitadora del sector postero superior y postero inferior



Noviembre del 2018



Fase rehabilitadora de las carillas palatinas superiores.



Diciembre del 2018



Fase rehabilitadora, prótesis dento gingival

Diciembre del 2018



Fase rehabilitadora, carillas vestibulares.



Diciembre del 2018

Fase rehabilitadora, instalación de férula.



Fotos finales

Discusión

La rehabilitación implanto soportada actualmente viene siendo una tendencia para recuperar piezas pérdidas o ausentes mostrando en el 2019 una tasa de éxito del 96.6% en 10 años²². Esto demuestra que se puede contar con esta alternativa para reducir las preparaciones dentarias a los dientes adyacentes a la brecha y mejorar la biomecánica y eficacia masticatoria.

La supervivencia de los implantes dentarios también está ligada enormemente al tipo de prótesis que se realizara, donde se puede distribuir las fuerzas masticatorias, pero no siempre encontraremos implantes correctamente colocados, sumado también con atrofia del reborde residual donde nos obliga a colocar una falsa encía o una prótesis dentó gingival^{23,24}. Este tipo de restauración son recomendadas ya que une las ventajas de las dos alternativas antes mencionadas y también mejora el resultado de los rebordes atróficos en la estética^{25,26}.

Edelhoff y Sorensen cuantificaron el desgaste a realizar en carillas dentarias encontrando que el desgaste representa del 3% al 30 % del total de la pieza dentaria a diferencia de una corona con cobertura total que requiere un desgaste del 63 al 72% ²⁷. Por tal motivo los dientes que presentaron desgaste fueron tratados según la odontología actual que es más conservadora en cuanto a los tejidos y mantienen la mayor parte de las

estructuras presentes en boca utilizando técnicas adhesivas y mínimamente invasivas, ya que el aumento de la dimensión vertical requiere menos eliminación de la estructura del diente, permitiendo mantener el esmalte, y crear un espacio para la cerámica^{28,29}.

Con respecto a los materiales restaurados utilizados la zirconia es un material biocompatible, estético y de alta resistencia. Su biocompatibilidad es indispensable ya que esta biocerámica es químicamente inerte, a diferencia de las aleaciones dentales que tiene cierto grado de citotoxicidad, el pulido de estas estructuras y su gran matriz policristalina ayuda a que la placa no se forme con facilidad, mejorando la arquitectura gingival. Por otro lado, la estética ha ido evolucionando a lo largo del tiempo obteniendo grandes resultados en su translucidez³⁰. Su alta resistencia y pulido hace que el desgaste al antagonista sea menor que una cerámica feldespática o una restauración metal cerámica, volviendo este tipo de rehabilitación ideal dependiendo del caso³¹.

Otro material que se utilizó fue los cerómeros que es una resina con un módulo de elasticidad parecida a la dentina proporcionando una deformación similar, también presenta una alta resistencia, estética y un desgaste menor al antagonista³². Los cerómeros pueden ser una alternativa con gran longevidad y fácil de reparar, el hecho que tiene

propiedades mecánicas similares a la dentina lo hace un material ideal para las carillas palatinas ya que estas entran en contacto con piezas antagonistas naturales o restaurados con resina directa.

La utilización de prótesis sobre implantes dentarios es una alternativa que puede mejorar tanto la estética como la función masticatoria. La rehabilitación oral fija adhesivas es una tendencia que ha cobrado fuerza los últimos años sobre todo por la mínima intervención o desgaste, lo que la vuelve una de las principales tendencias, es por eso que se debe realizar, pero con un enfoque interdisciplinario ya que el aspecto oclusal y periodontal son importantes para el éxito de estos tratamientos. La selección del material restaurador es ideal, pero esto depende de la experiencia, la evidencia y el caso clínico, ya que muchas de estas cerámicas tienen propiedades favorables o desfavorables para el paciente. Un correcto manejo en el diagnóstico y planificación por parte del clínico es fundamental para el éxito.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE.

Relato del paciente

Me considero una persona muy ocupada porque tengo muchas responsabilidades y trabajo en con el publico por tal motivo me motivaron a

colocarme implantes, pero nunca termine el tratamiento, ahora que me colocaron las prótesis me siento con más confianza para trabajar y sonreír.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

EL autor afirmo que se realizó el consentimiento informado y se completó todos los formularios pertinentes. El paciente dio su autorización para la publicación de fotos, videos y/u otro material que ayude a mejorar la presentación. El paciente es consiente que se mantendrá en anonimato sus datos personales.

Referencias Bibliográficas.

1. McGarry T, Nimmo A, Skiba J, Ahlstrom R, Smith C, Koumjian J et al. Classification system for partial edentulism. *Journal of Prosthodontics Implant.* 2002; 11(3):181-193.
2. Coachman C, Salama M, Garber D, Calamita MA, Salama H, Cabral G. Prosthetic gingival reconstruction in a fixed partial restoration. Part 1: Introduction to artificial gingiva as an alternative therapy. *Int J Perio Res Dent.* 2009, 29: 471–477.
3. Salama M, Coachman C, Calamita M. Prosthetic reconstruction using gingiva-colored ceramic agent in fixed partial restoration in a 24-year old patient. *Int J Perio Res Dent.* 2009; 29(6):11.
4. Serino, G. & Strom, C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: Association with inadequate plaque control. *Clin Oral Implants Res.* 2009; 20: 169-174.
5. Renvert, S. & Persson, G. R. Periodontitis as a potential risk factor for peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2009; 36(10): 9-14.
6. Ravida, A., Barootchi, S., Tattan, M. A., Saleh, M. H. A., Gargallo-Albiol, J. & Wang, H. L. Clinical outcomes and cost effectiveness of computer-guided versus conventional implant-retained hybrid prostheses: A long-term retrospective analysis of treatment protocols. *J Periodontol.* 2018; 89(9):1015-1024.

7. Clelland, N., Chaudhry, J., Rashid, R. G. & McGlumphy, E. Split-mouth comparison of splinted and nonsplinted prostheses on short implants: 3-year results. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2016; 31: 1135-1141.
8. Lewis S, Beumer J 3rd, Hornburg W, Moy P. The "UCLA" 4. abutment. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1988; 3:183-9.
9. Harpenau LA, Noble WH, Kao RT. Diagnosis and management of dental wear. *J Calif Dent Assoc* 2011; 39: 225–231.
10. Bovera M. All-ceramic material selection: how to choose in everyday practice. *Int J Esthet Dent*. 2016; 11(2):265-9.
11. Güth JF, Magne P. Optical integration of CAD/CAM materials. *Int J Esthet Dent*. 2016; 11(3):394-409.
12. Da Gama Ramos G, Ciotti D, Ferreira S, Margarido M, Dantas R, Guerreiro M. The Use of a Hybrid Pillar and Its Importance for Aesthetic Rehabilitation and Tissue Stability: A Clinical Report. *Case Reports in Dentistry*. 2018; 2018:1-6.
13. Ghodsi S, Jafarian Z. A Review on Translucent Zirconia. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2018 May 30; 26(2):62-74.
14. Stawarczyk B, Keul C, Eichberger M, Figge D, Edelhoff D, Lümke mann N. Three generations of zirconia: From veneered to monolithic. Part II. *Quintessence Int*. 2017; 48(6): 441-450.

15. Rondoni D. Zirconia: some practical aspects from the technologist's point of view. *Int J Esthet Dent*. 2016; 11(2): 270-4.
16. Coachman C, Van Dooren E, Gurel G. Minimally Invasive Reconstruction in Implant Therapy: The Prosthetic Gingival Restoration. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 2010; 6(2):16.
17. Vailati F, Belser UC. Classification and treatment of the anterior maxillary dentition affected by dental erosion: the ACE classification. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2010; 30(6): 559-71.
18. Fradeani M, Barducci G, Bacherini L. Esthetic rehabilitation of a worn dentition with a minimally invasive prosthetic procedure (MIPP). *Int J Esthet Dent*. 2016; 11(1): 16-35.
19. Jivraj SA, Corrado P, Chee WW. An interdisciplinary approach to treatment planning in implant dentistry. *J Calif Dent Assoc*. 2005; 33(4):293-300.
20. Moshaverinia A, Kar K, Aalam AA, Takanashi K, Kim JW, Chee WW. A multidisciplinary approach for the rehabilitation of a patient with an excessively worn dentition: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 2014; 11(4): 259–63.
21. Howe MS, Keys W, Richards D. Long-term (10-year) dental implant survival: Asystematic review and sensitivity meta-analysis. *J Dent*. 2019; 84: 9-21.

22. Nematollahi F, Alikhasi M, Beyabanaki E. Restoring a post-traumatic partial edentulous mandible with the Toronto prosthesis: a clinical report. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. 2018; 12(2): 135-139.
23. Montero J, Macedo de Paula C, Albaladejo A. The TORONTO PROSTHESIS, an appealing method for restoring patient's candidates for hybrid overdentures: A case report. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2012; 4(5): 309–312.
24. Nissan J, Narobai D, Gross O, Ghelfan O, Chaushu G. Long-term outcome of cemented versus screw-retained im-plant-supported partial restorations. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2011; 26(5):1102–7.
25. Sinjari B, D'Addazio G, Traini T, Varvara G, Scarano A, Murmura G, Caputi S. A 10-year retrospective comparative human study on screw-retained versus cemented dental implant abutments. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2019; 33(3): 787-797.
26. Jung, R. E, Zembic A, Pjetursson B. E, Zwahlen M. & Thoma, D. S. Systematic review of the survival rate and the incidence of biological, technical, and aesthetic complications of single crowns on implants reported in longitudinal studies with a mean follow-up of 5 years. *Clin Oral Implants Res*. 2012; 23(6): 2-21.

27. Edelhoff D, Sorensen JA. Tooth structure removal associated with various preparation designs for anterior teeth. *J Prosthet Dent* 2002; 87: 503–509.
28. FRADEANI M, *Análisis Estético*, Editorial Quintessence. 2006.
29. Veneziani, M. Ceramic laminate veneers: clinical procedures with a multidisciplinary approach. *The international journal of esthetic dentistry*. 2017; 2(14): 426-448.
30. Gautam C, Joyner J, Gautam A, Rao J, Vajtai R. Zirconia based dental ceramics: structure, mechanical properties, biocompatibility and applications. *Dalton Transactions*. 2016; 45(48):19194-19215.
31. Gou M, Chen H, Kang J, Wang H. Antagonist enamel wear of tooth-supported monolithic zirconia posterior crowns in vivo: A systematic review. *J Prosthet Dent*. 2019; 121(4): 598-603.
32. Santos M, Coelho A, Baptista A, Marto C. Mechanical and Tribological Characterization of a Dental Ceromer. *J Funct Biomater*. 2020;11(11):15.